



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2025-2026

Trabajo Fin de Máster

Evaluación del impacto de una intervención en sintomatología
ansioso-depresiva en paciente autista: diseño pre-post

Autor/a: M^a Celeste Pungitori Dueñas

Tutor/a: Estefanía Estevez López

Código de la Oficina de Investigación Responsable: **TFM.MPG.EEL.MCPD.250908**

Convocatoria: Enero 2026

Resumen

Se presenta un estudio pre-post, de caso único, de un joven varón de 15 años con diagnóstico previo de autismo, que presenta sintomatología ansioso-depresiva. El objetivo es evaluar el efecto de una intervención psicológica en la reducción de los síntomas de los trastornos afectivos, mediante la comparación de las puntuaciones obtenidas antes y después del tratamiento.

La intervención, estructurada en 10 sesiones, fue diseñada específicamente y ajustada a las necesidades y características del paciente. Para ello, se aplicó un enfoque integrador basado en la terapia cognitivo-conductual, que incluyó técnicas como psicoeducación, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de relajación y reestructuración cognitiva.

Los resultados muestran mejoras significativas en los signos de ansiedad y depresión, así como en el funcionamiento general del adolescente. Sin embargo, la persistencia de algunos síntomas, sugiere la necesidad de un tratamiento más prolongado, así como la conveniencia de iniciar la intervención a edades tempranas en población autista, con el fin de promover un desarrollo emocional y social más adaptativo.

Asimismo, los hallazgos del presente estudio destacan la relevancia de realizar intervenciones individualizadas, que consideren las peculiaridades cognitivas y emocionales propias del TEA, así como la utilidad de diseños de caso único para comprender los procesos de cambio intraindividual.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista, ansiedad, depresión, terapia cognitivo-conductual, enfoque integrador.

Abstract

A pre-post, single-case study is presented involving a 15-year-old male with a prior diagnosis of autism who exhibits anxious and depressive symptomatology. The aim of the study was to evaluate the effect of a psychological intervention on reducing affective disorder symptoms, through the comparison of scores obtained before and after the treatment.

The intervention, structured over 10 sessions, was specifically designed and tailored to the patient's needs and characteristics. It employed an integrative approach based on cognitive-behavioral therapy, incorporating strategies such as psychoeducation, social skills training, relaxation techniques, and cognitive restructuring.

The results show significant improvements in anxiety and depression symptoms, as well as in the adolescent's overall functioning. However, the persistence of certain symptoms indicates the need for a longer-term intervention, as well as the advisability of initiating treatment at earlier ages in autistic populations to foster more adaptive emotional and social development.

Furthermore, the findings underscore the importance of individualized interventions that take into account the cognitive and emotional particularities of ASD, as well as the utility of single-case designs for understanding intra-individual change processes.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, anxiety, depression, cognitive-behavioral therapy, integrative approach.

1. Introducción

El trastorno del espectro autista (TEA) es una condición del neurodesarrollo caracterizada por alteraciones en la comunicación social y la presencia de patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que presenta una amplia variabilidad en su expresión clínica (Celis y Ochoa, 2022). Más allá de las manifestaciones propias del trastorno, puede acompañarse de otras condiciones clínicas que afectan al bienestar general de las personas que se encuentran en el espectro. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025), con frecuencia aparecen patologías asociadas al diagnóstico, como epilepsia, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, e incluso trastornos afectivos tales como ansiedad y depresión.

Investigaciones recientes (da Fonseca y Rosler, 2025; Stewart *et al.*, 2022) señalan que la población autista presenta mayor probabilidad de desarrollar ansiedad o depresión que la población general, considerándose estas las afecciones de salud mental más prevalentes dentro del espectro. Lamborena *et al.* (2024) apuntan que un 40% de los pacientes TEA presentan un trastorno de ansiedad, y hasta un 10% llega a desarrollar trastornos depresivos.

Aunque la presencia de estos trastornos afectivos es muy significativa, su detección puede, sin embargo, verse obstaculizada por algunos factores. En ocasiones, la prevalencia de ansiedad en autismo se sobreestima, debido a una malinterpretación de los síntomas propios de la condición como síntomas ansiosos y, a la inversa, en algunos casos la prevalencia se subestima al confundir síntomas de trastornos afectivos como propios del autismo (Paula, 2015). Asimismo, variables como la alteración en la identificación y gestión emocional, desafíos característicos de la condición, pueden suponer una complicación añadida a la hora de detectar sintomatología ansioso-depresiva (Celis y Ochoa, 2022). Además, el solapamiento de características entre autismo y ansiedad o

depresión —como las dificultades a nivel social, las alteraciones del sueño o la labilidad emocional—, junto a una expresión sintomática que puede diferir de la manifestación típica, puede conllevar un infradiagnóstico de este tipo de cuadros clínicos (Lamborena *et al.*, 2024), por lo que es preciso, en tratamientos con personas autistas, prestar una especial atención a los signos que puedan englobarse dentro de estos trastornos afectivos.

Por todo ello, investigaciones como la de Marín (2024) apuntan que, para identificar comorbilidades, es fundamental no sólo analizar los síntomas que constituyen por sí mismos un diagnóstico, sino también aquellos síntomas aislados que sean relevantes para determinar el perfil individual de cada persona, como pueden ser alteraciones alimentarias, conductuales, sensoriales, del sueño, etc.

En esta línea, el estudio de los factores de riesgo asociados permite comprender mejor la aparición de estas comorbilidades. En primer lugar, cabe destacar que los factores de riesgo genético pueden predominar en la coocurrencia con otros trastornos del desarrollo neurológico (como el TDAH), pero no en trastornos afectivos como ansiedad o depresión (Lundström *et al.*, 2015). Mientras tanto, hay evidencia de que factores ambientales y biológicos, contribuyen al desarrollo de este tipo de comorbilidades psiquiátricas desde la primera infancia (Marín, 2024).

Respecto a los factores ambientales, Yorke *et al.* (2018) recopilan la evidencia de la relación entre los problemas emocionales y de comportamiento de los niños y el estrés y los problemas de salud mental de sus padres. Estos hallazgos son coherentes con la idea de que los desafíos en la crianza de niños con diagnóstico de autismo son, en ocasiones, una fuente de estrés para sus progenitores. A su vez, este estrés puede mermar la habilidad de los padres para acompañar el funcionamiento emocional del niño, produciéndose un efecto de retroalimentación bidireccional entre bienestar psicológico parental y problemas emocionales de los hijos.

En consonancia con esta idea, Romero *et al.* (2021) en su investigación, amplían los datos existentes sobre el papel del entorno familiar en la salud mental de las personas autistas, factores menos explorados debido al peso del componente genético en la etiología del autismo. Sus resultados evidencian que el entorno familiar tiene una gran influencia en el desarrollo y mantenimiento de la psicopatología en esta población, reforzando la importancia del contexto parental en la comprensión de dichas comorbilidades.

En cuanto a los factores biológicos, Marín (2024), en su investigación sobre la presencia de epilepsia y anomalías en el EEG en personas autistas, afirma que estas alteraciones neurológicas pueden contribuir al desarrollo de comorbilidades psiquiátricas. En su estudio, se observa que los niños con anomalías epileptiformes presentan mayor dificultad en el comportamiento prosocial y en el funcionamiento ejecutivo, lo que podría favorecer, consecuentemente, la aparición de trastornos afectivos.

Tras considerar los factores genéticos, ambientales y biológicos, resulta necesario atender a los mecanismos psicológicos implicados en el procesamiento autista. Desde esta perspectiva, Paula (2015) describe la *hipótesis del error social*, la cual alude a los retos de las personas autistas para interpretar y dar sentido a la información social, desafíos frecuentemente asociados a alexitimia, alteraciones en la pragmática del lenguaje y déficits en la teoría de la mente. En consecuencia, la experiencia social negativa que deriva de estas dificultades puede generar en las personas autistas sentimientos de confusión, frustración, fracaso y rechazo, actuando como un factor desencadenante para aquellos con mayor vulnerabilidad emocional.

Además, la *sensibilidad sensorial* atípica en personas autistas se considera también un factor de peso en esta predisposición emocional. Sánchez-Cueva *et al.* (2022) señalan que las personas autistas frecuentemente presentan alteraciones en la integración

sensorial, como la hiperreactividad ante ciertos estímulos sensoriales. De este modo, experiencias como ruidos fuertes, espacios visualmente complejos, ciertas texturas, sabores u olores, e incluso el contacto físico, pueden ser percibidas como amenazantes para algunas personas en el espectro, repercutiendo en su capacidad de regulación emocional y favoreciendo la aparición de síntomas ansiosos.

Otro posible detonante de estos trastornos afectivos en personas autistas tiene que ver con la *hipervigilancia*. Paula (2015) explica este proceso como un intento de control sobre lo que sucede, utilizado como una estrategia de compensación ante la sensación de no controlar lo que ocurre alrededor. Mediante la hipervigilancia se busca reducir la ansiedad, aunque este sobrecontrol puede desencadenar precisamente el efecto contrario —mayor estrés—, e incluso cronificarse si se alarga en el tiempo.

Por su parte, Recio *et al.* (2024) proponen un modelo explicativo donde la *intolerancia a la incertidumbre y la preocupación* actúan como mediadores del malestar emocional. Los resultados de su investigación indican que la baja tolerancia a la incertidumbre por parte de las personas autistas es predictora de altos niveles de preocupación, lo que incrementaría la sintomatología ansiosa.

En relación con estas peculiaridades cognitivas y sensoriales, la *hipótesis de la carga alostática* propone que esta constante exposición a estímulos percibidos como amenazantes mantiene activados de forma crónica algunos mecanismos fisiológicos que, fruto de la necesidad continua de adaptación, sobrecargan el sistema nervioso (Paula, 2015). Así, se produce un estado de alerta persistente que conlleva un agotamiento emocional y a una mayor probabilidad de sufrir trastornos afectivos.

Dadas estas características y su impacto en la salud mental de la población autista, Danés *et al.* (2024) subrayan la necesidad de disponer de instrumentos de evaluación específicos y sensibles a estas particularidades cognitivas y emocionales, ya que dichas

peculiaridades en el procesamiento de la información y en la expresión emocional pueden limitar la capacidad de las personas autistas para identificar y comunicar su propio malestar, lo que dificultaría la detección de posibles trastornos afectivos. En esa misma línea, Paula (2015) propone que la aplicación de instrumentos diseñados para población neurotípica puede conducir a evaluaciones inexactas, y advierte del riesgo de diagnósticos erróneos o confusos cuando las escalas no se adaptan a las características cognitivas y emocionales de la población que se evalúa.

En este contexto, la información aportada por las personas del entorno puede ofrecer una visión complementaria sobre el funcionamiento emocional y conductual de la persona evaluada, no obstante, los informes emitidos por dichas personas pueden introducir sesgos en la valoración, debido a la influencia de variables asociadas al propio informante —como el nivel de estrés parental previamente mencionado—, lo que puede distorsionar la percepción del estado emocional de la persona evaluada y generar discrepancias significativas entre los resultados obtenidos (Palmer *et al.*, 2022).

Por estas razones, los instrumentos de autoinforme han adquirido un papel relevante en la evaluación de salud mental en personas del espectro, al consolidarse como herramientas válidas y fiables para la detección de sintomatología ansiosa y depresiva, ya que permiten conocer de manera directa la experiencia subjetiva de la persona, reduciendo el sesgo de la observación externa (Danés *et al.*, 2024).

Una evaluación ajustada sobre la realidad emocional de la persona autista constituye la base para el diseño e implementación de una intervención acorde a las necesidades individuales de la persona. En este sentido, algunos autores (da Fonseca y Rosler, 2025; Flujas-Contreras *et al.*, 2023) señalan también la necesidad de adoptar un enfoque integrador y personalizado, que adapte y combine los procedimientos, ya que el tratamiento de la ansiedad en población autista es especialmente complejo y las

intervenciones tradicionales diseñadas para población neurotípica pueden no ser eficaces en estos casos. Por su parte, Rojas-Torres *et al.* (2023) subrayan, como parte fundamental de un modelo integrador, la importancia de extender la intervención más allá de la persona autista e incluir a todas las figuras que componen su círculo, promoviendo una mayor adherencia y eficacia en los resultados. En cuanto al enfoque terapéutico, da Fonseca y Rosler, (2025) en su investigación concluyen que ajustar las estrategias terapéuticas, como la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), a las características cognitivas y emocionales propias de la condición y de la persona, resulta en mejoras significativas en su bienestar emocional y calidad de vida. Además, Flujas-Contreras *et al.* (2023), en su trabajo, ponen de manifiesto la importancia de combinar técnicas y estrategias de distintos enfoques, como psicoeducación, reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, habilidades sociales, etc., creando programas multicomponente con mayor eficacia en población autista.

En consonancia con esta línea de investigación, resulta pertinente profundizar en el estudio de los efectos de las intervenciones psicológicas adaptadas en población autista, especialmente respecto a su impacto sobre la sintomatología ansioso-depresiva. Este, representa un desafío clínico de gran relevancia, tanto por su elevada prevalencia —que alcanza cifras significativamente superiores a las de la población general— (Sánchez-Cueva *et al.*, 2022; Stewart *et al.*, 2022), como por su gran impacto psicológico y deterioro en la calidad de vida (Lamborena *et al.*, 2024; Paula, 2015).

No obstante, pese al creciente interés científico en el área, la mayor parte de la evidencia disponible surge de estudios grupales o revisiones sistemáticas, lo que limita la comprensión de los procesos de cambio individuales en personas autistas (Flujas-Contreras *et al.*, 2023). La heterogeneidad del espectro hace necesario documentar

intervenciones individualizadas, que permitan analizar con mayor precisión el impacto clínico de los programas adaptados (Danés *et al.*, 2024; Recio *et al.*, 2024).

Por ello, el presente trabajo se plantea como un estudio de caso único con diseño pre y post intervención, orientado a analizar la evolución de la sintomatología ansioso-depresiva en una persona autista, con un programa diseñado específicamente. Este enfoque permite un abordaje flexible, ajustado a las necesidades concretas del participante, y contribuye a ampliar el conocimiento aplicado sobre la eficacia de la adaptabilidad de las intervenciones psicológicas en población autista (da Fonseca y Rosler, 2025; Rojas-Torres *et al.*, 2023).

En concordancia, este estudio tiene como objetivo general evaluar el efecto de una intervención psicológica adaptada en la reducción de síntomas ansiosos y depresivos en una persona con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA). De forma más específica, se plantea cuantificar el cambio de intensidad de los síntomas del participante mediante la comparación de las puntuaciones obtenidas en los instrumentos de evaluación administrados antes y después de la intervención, así como evaluar la eficacia del programa adaptado en la reducción de los síntomas ansiosos y depresivos.

A partir de los objetivos planteados y la revisión teórica, se plantea la siguiente hipótesis del trabajo:

La implementación de una intervención psicológica adaptada se asociará con una disminución significativa de la sintomatología ansioso-depresiva del participante, reflejada en puntuaciones inferiores en las medidas post-intervención frente a las obtenidas en la evaluación pre-intervención.

2. Método

2.1. Participante

2.1.1. Descripción del caso

El participante es un adolescente de 15 años que acude a consulta psicológica de la USMIA en octubre del año 2025 acompañado de sus padres, quienes solicitan ayuda profesional en una visita médica con el médico pediatra. La familia reside en la provincia de Alicante. Es hijo único, actualmente cursa 3º de ESO en un instituto público en aula ordinaria, y tiene asignados apoyos de los maestros especialistas de PT y AL.

El principal motivo de consulta es el aislamiento social, junto a una intensificación de síntomas ansiosos y depresivos durante los últimos meses. Los padres señalan que el chico últimamente evita cualquier situación social (incluso con familiares), cada vez se comunica menos, y se muestra cada vez más triste y apagado. Además, destacan que ha disminuido su interés en actividades que antes disfrutaba, como dibujar y pintar, y que presenta dificultades para conciliar el sueño, despertándose habitualmente durante la noche.

Durante la primera entrevista se muestra muy retraído, presentando escasa comunicación verbal y no verbal. Mantiene una postura cerrada, la mirada baja, evitando el contacto ocular y apenas gesticula. Para responder a las preguntas que se le realizan directamente lo hace con monosílabos o movimientos de cabeza.

2.1.2. Diagnóstico

El adolescente tiene un diagnóstico previo de Trastorno del Espectro Autista (TEA, nivel 1), realizado a los 13 años. No presenta discapacidad intelectual asociada, pero sí dificultades significativas en la comunicación social y en la flexibilidad cognitiva. A raíz del aumento de sintomatología en el último año, su pediatra derivó al equipo de salud mental por posible comorbilidad ansioso-depresiva, dado el deterioro en su estado

de ánimo y su tendencia creciente al aislamiento. Los padres refieren no haber recibido tratamiento farmacológico hasta la fecha.

2.1.3. Historia del problema

Los padres argumentan que siempre ha mostrado un perfil de desarrollo peculiar. Su infancia se caracterizaba por un escaso interés en el juego compartido y atracción por actividades repetitivas. Su comunicación verbal se desarrolló de forma tardía (alrededor de los 4 años) y su comunicación no verbal siempre ha sido limitada.

Hace un curso comenzó a mostrar resistencia a asistir al instituto, alegando dolor de cabeza o estómago por las mañanas. En ocasiones, se han observado crisis de ira antes de ir a clase. Los profesores añaden que evita salir al recreo, en clase su participación ha disminuido notablemente y apenas tiene trato con sus compañeros.

En casa, los padres describen un aumento en la irritabilidad y retraimiento. Desde hace unos meses pasa largas horas en su habitación y no quiere que abran la puerta. En ocasiones expresa verbalmente que quiere estar solo. Además, ha perdido el apetito y muestra un patrón de sueño irregular.

A nivel familiar, los padres refieren sentirse agotados y preocupados, y manifiestan incompreensión sobre lo que sucede. Ambos están implicados y buscan apoyos, aunque en ocasiones se sienten desbordados y eso produce un clima de tensión en el hogar.

2.1.4. Análisis funcional

Las conductas problema que presenta el joven parecen surgir y mantenerse en el contexto de las dificultades derivadas de su diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, agravadas en los últimos meses por el aumento de demandas sociales y académicas. Aunque estos desafíos han estado presentes desde la infancia, en la actualidad se observan con mayor intensidad y frecuencia.

Entre los principales factores de vulnerabilidad se identifican:

- Un estilo cognitivo rígido y perfeccionista, característico de su perfil, que le dificulta adaptarse a los cambios y afrontar situaciones nuevas. Esta rigidez genera elevados niveles de ansiedad ante la incertidumbre o el error, reforzando conductas de evitación.
- Pensamientos dicotómicos y creencias disfuncionales, centrados en la idea de no encajar o no sentirse comprendido, lo que contribuye a una baja autoestima y un estado de ánimo depresivo.
- Baja competencia emocional y social, que limita su capacidad para reconocer, expresar y regular emociones, comprender la de los demás y establecer relaciones satisfactorias.
- Sobreprotección familiar, que reducen sus oportunidades de afrontamiento y refuerzan las conductas evitativas.

Como factores precipitantes se identifican el cambio de curso escolar y el aumento de las demandas sociales propias de su edad, experiencias que han actuado como desencadenantes en un incremento del malestar emocional y retraimiento.

La combinación de estos factores de vulnerabilidad y los acontecimientos estresantes recientes ha reforzado los patrones de evitación y aislamiento, dificultando la exposición a situaciones sociales y la obtención de refuerzos positivos. De esta forma, las conductas de retirada y silencio se mantienen por el alivio momentáneo que proporcionan frente a la ansiedad que experimenta en los contextos sociales.

2.2. Variables e instrumentos

El proceso de evaluación inicial se desarrolló mediante entrevista semiestructurada, lo que permitió obtener información relevante sobre diferentes áreas y establecer una línea base, que sirvió de guía para la selección de los instrumentos de

evaluación y el posterior tratamiento. Además, se realizaron autorregistros para identificar pensamientos automáticos y rumiativos y las situaciones asociadas a ellos, además de emociones, conductas de sueño, etc.

En cuanto a los instrumentos de evaluación, cabe señalar que se emplearon en fase de pre y post tratamiento, con el fin de valorar la efectividad de la intervención.

En primer lugar, se administró el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para niños (STAIC) de Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori y Platzek (1973), en su adaptación española de Seisdedos (1988). Este instrumento tiene como objetivo evaluar los niveles de ansiedad en población infantil y adolescente, diferenciando entre la ansiedad como estado transitorio —cómo se siente el adolescente en un momento determinado— y la ansiedad como rasgo estable de personalidad —la tendencia general a reaccionar con ansiedad ante diferentes situaciones—.

El cuestionario está compuesto por dos subescalas de 20 ítems cada una, una para la ansiedad-estado y otra para la ansiedad-rasgo, con formato de respuesta tipo Likert. Además, su adaptación española presenta una consistencia adecuada, con coeficientes KR-20 de .91 para la dimensión ansiedad-estado y .87 para ansiedad-rasgo en la muestra total. Algunos de los ítems que se pueden encontrar serían “Me siento calmado” para la dimensión Ansiedad-Estado, o “Me preocupo por cosas que pueden pasar” para la dimensión Ansiedad-Rasgo. Este instrumento permite obtener puntuaciones que reflejan el grado de ansiedad experimentado por el niño tanto en el presente como en su funcionamiento habitual.

En segundo lugar, se utilizó el Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs (1992), en su versión española adaptada por Del Barrio, Moreno y López-Martín (1999). Este instrumento tiene como finalidad evaluar la presencia e intensidad de síntomas depresivos en niños y adolescentes de entre 7 y 17 años. Consta de 27 ítems de

autoinforme, cada uno con tres alternativas de respuesta graduadas según la severidad del síntoma (de 0 a 2). Respecto a sus propiedades psicométricas, la versión española cuenta con una adecuada consistencia interna, con coeficientes alfa de Cronbach que oscilan aproximadamente entre .79 y .82, según distintos estudios. En este caso se incluyen triadas de respuesta, como: “Estoy triste de vez en cuando/ Estoy triste muchas veces/ Estoy triste siempre”.

El CDI explora diferentes áreas relevantes del funcionamiento emocional y cognitivo del menor, tales como estado de ánimo, autoestima, percepción de la eficacia personal, relaciones interpersonales y síntomas somáticos. Las puntuaciones obtenidas permiten identificar tanto la existencia de sintomatología depresiva como su grado de severidad, aportando una visión cuantitativa del estado emocional del paciente.

Con el objetivo de obtener información más precisa sobre estas áreas y orientar las sesiones de la intervención, se administró la Escala de Habilidades Sociales (EHS) de Gismero (2000). Este instrumento tiene como objetivo evaluar las habilidades sociales en población adulta y adolescente, valorando diferentes dimensiones como la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos, la expresión de disconformidad, la habilidad para negarse, la capacidad para realizar peticiones y la interacción con personas del sexo opuesto.

La EHS está compuesta por 33 ítems con formato de respuesta tipo Likert, y permite obtener una puntuación específica para las diferentes dimensiones, y una puntuación global que refleja el grado de competencia social del adolescente. La escala muestra una adecuada consistencia interna, siendo el coeficiente alfa de Cronbach de .88. Entre sus ítems podemos encontrar afirmaciones como “A veces me es difícil pedir que me devuelvan algo que me han prestado” o “Si alguien hace algo que no me gusta, se lo digo”.

Asimismo, se utilizó el cuestionario Autoconcepto Forma 5 (AF5) de García y Musitu (1999), diseñado para evaluar el autoconcepto en población infantil, adolescente y adulta. Este instrumento parte de un modelo multidimensional, que entiende el autoconcepto como la percepción que tiene el individuo de sí mismo en diferentes ámbitos.

El AF5 está compuesto por 30 ítems con formato de respuesta tipo Likert, organizadas en cinco dimensiones de autoconcepto: académico, social, emocional, familiar y físico. Además, permite obtener puntuaciones para cada dimensión, así como una media global del autoconcepto del joven, proporcionando una amplia visión de su ajuste personal y social. Este cuestionario cuenta con solidez psicométrica y consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de .81. Algunos de los ítems son “Me pongo muy nervioso cuando me pregunta un profesor” o “Soy una persona amigable”.

2.3. Diseño e Intervención

2.3.1. Objetivos

El principal objetivo terapéutico es promover la mejora del estado emocional y funcional del adolescente.

Para alcanzar este propósito se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Promover la alianza terapéutica.
2. Identificar y reestructurar sesgos cognitivos.
3. Reforzar autoestima y autoeficacia.
4. Fomentar sus habilidades mentalistas.
5. Potenciar sus habilidades comunicativas.
6. Incrementar sus relaciones interpersonales.
7. Desarrollar su flexibilidad cognitiva.

2.3.2. Tratamiento

Las sesiones de la intervención se han estructurado siguiendo un formato estándar, basado en la terapia cognitivo-conductual para la depresión, tal y como se describe en los trabajos de Beck et al. (1983) y Persons (2001). Además, se incorporaron técnicas de relajación y mindfulness para tratar la ansiedad.

La intervención consistió en un total de 10 sesiones, estructuradas en 4 fases: pensamientos, autoconcepto, emociones y habilidades sociales. Las sesiones fueron distribuidas para que se produjeran una vez cada quince días.

Fase 1: Pensamientos y problemas asociados

Sesión 1: Psicoeducación centrada en el modelo cognitivo de Beck, representado mediante el triángulo cognitivo (pensamiento- emoción- conducta). Se practica con situaciones ejemplo, comparando el triángulo desde una perspectiva de reestructuración, generando interpretaciones iniciales desajustadas y entrenando en el cambio de perspectiva. Se propone como tarea hacer el ejercicio con situaciones personales que le sucedan.

Sesión 2: Identificación de pensamientos automáticos y negativos. Se identifican pensamientos pesimistas y se reflexiona sobre el impacto en su estado emocional. Tarea para casa: autorregistro de pensamientos negativos y consecuencias.

Sesión 3: Reestructuración cognitiva. Se trabaja sobre sus pensamientos disfuncionales registrados. Se entrena en parada y sustitución de pensamientos irracionales por otros más ajustados. Tarea para casa: practicar parada de pensamiento y sustitución.

Sesión 4: Psicoeducación sobre flexibilidad cognitiva y rigidez. Se entrena su capacidad de adaptación y de generar alternativas ante una situación problema.

Fase 2: Autoconcepto y autoestima

Sesión 5: Psicoeducación sobre autoconcepto y bienestar emocional. Se exploran creencias disfuncionales sobre sí mismo.

Sesión 6: Identidad personal y fortalezas. Se reflexiona sobre sus habilidades y aptitudes positivas.

Sesión 7: Reestructuración cognitiva sobre su autopercepción. Se exponen y cuestionan sus creencias limitantes y se promueve una visión más positiva de sí mismo.

Fase 3: Emociones

Sesión 8: Psicoeducación sobre las emociones y su función adaptativa.

Sesión 9: Manejo de la ansiedad. Se entrena en técnicas de relajación y mindfulness para reducir picos de estrés y ansiedad. Tarea para casa: autorregistro de situaciones estresantes y práctica de relajación.

Fase 4: Habilidades sociales

Sesión 10: Gestión de relaciones interpersonales. Se abordan los estilos comunicativos y se ofrecen estrategias para poner límites y defender sus derechos.

3. Resultados

En base a la información recogida en las entrevistas con los progenitores, los resultados obtenidos en los instrumentos de evaluación, y la observación clínica, el paciente fue diagnosticado con **F32.2. Episodio depresivo grave, sin síntomas psicóticos** (CIE-10). Este diagnóstico se justifica principalmente por la presencia de los síntomas nucleares de la depresión:

- a) Humor depresivo, presente la mayor parte del día, caracterizado por sentimientos de tristeza intensa y desesperanza.
- b) Anhedonia, manifestada mediante pérdida de interés y disfrute en actividades previamente gratificantes propias de sus intereses.

- c) Disminución de la energía, acompañada de una notable reducción de la iniciativa y la motivación.

Además, existen síntomas adicionales que concurren con elevada intensidad y contribuyen a la gravedad del cuadro clínico, tales como: autoestima marcadamente baja y autoevaluación negativa, elevados niveles de ansiedad, dificultades en la concentración y toma de decisiones, deterioro funcional en sus interacciones y actividades cotidianas e ideación suicida.

Este diagnóstico manifiesta un impacto negativo en su funcionalidad familiar y social, aunque también en su autopercepción y su satisfacción personal, lo que afecta directamente a su bienestar psicológico y, por tanto, a su calidad de vida.

3.1. Valoración de la efectividad del tratamiento

Tras haber realizado la intervención psicológica y, empleando de nuevo los instrumentos de evaluación, podemos observar una mejora significativa entre la evaluación pre y post tratamiento para las diferentes escalas utilizadas, obteniendo los siguientes resultados:

1. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC):

En el pretratamiento, el paciente obtuvo 48 puntos en la dimensión Ansiedad Estado, y 55 en la dimensión Ansiedad Rasgo, situándose en ambas en un percentil 99, lo que, según los criterios de interpretación establecidos por el manual del instrumento, nos alerta de un nivel muy elevado de ansiedad.

En el postratamiento, una puntuación de 34 en la dimensión Ansiedad Estado (percentil 75) sugiere una reducción de la ansiedad situacional y del malestar experimentado en el momento presente, mientras que una puntuación de 39 en Ansiedad Rasgo (percentil 70) indica una disminución de la tendencia a experimentar ansiedad de

forma generalizada, mostrando en conjunto una reducción significativa de la sintomatología ansiosa (véase Tabla 1).

Tabla 1

Resultados del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo en pretratamiento y postratamiento

Dimensión	Fase	Puntuación directa	Percentil
Ansiedad Estado	Pretratamiento	48	99
	Postratamiento	34	75
Ansiedad Rasgo	Pretratamiento	55	99
	Postratamiento	39	70

2. Inventario de Depresión Infantil (CDI):

Para este instrumento, en la fase pretratamiento, el adolescente obtuvo una puntuación directa de 10 puntos en la dimensión Autoestima (percentil 80), 19 puntos en la dimensión Disforia (percentil 97), y una puntuación total de 29 puntos (percentil 96), lo que, de acuerdo a los criterios interpretativos del manual, se clasifica como *sintomatología depresiva severa*.

Tras el tratamiento, los resultados son de 9 puntos en la dimensión Autoestima (percentil 70), reflejando una notable mejora en la percepción de sí mismo y en su valoración personal; 11 puntos en la dimensión Disforia (percentil 95), evidenciando una reducción del afecto negativo y de síntomas como tristeza y desánimo; y una puntuación total de 20 puntos (percentil 90), correspondiente a *sintomatología depresiva leve*, lo que demuestra una disminución significativa de los rasgos depresivos (véase Tabla 2).

Tabla 2*Resultados del Inventario de Depresión Infantil en pretratamiento y postratamiento*

Dimensión	Fase	Puntuación directa	Percentil
Autoestima	Pretratamiento	10	80
	Postratamiento	9	70
Disforia	Pretratamiento	19	97
	Postratamiento	11	95
Puntuación total	Pretratamiento	29	96
	Postratamiento	20	90

4. Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos en este estudio ponen de manifiesto la eficacia de la intervención adaptada, basada en un enfoque cognitivo-conductual, en la reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva de un participante con diagnóstico TEA.

Esta evolución adquiere especial relevancia al considerar que las personas autistas presentan una probabilidad significativamente mayor de desarrollar trastornos afectivos en comparación con la población general, siendo ansiedad y depresión las comorbilidades psiquiátricas prevalentes en este colectivo (da Fonseca & Rosler, 2025; Stewart *et al.*, 2022; Lamborena Ramos *et al.*, 2024). En este sentido, los hallazgos de este estudio van en sincronía con la literatura, que subraya la necesidad de realizar intervenciones específicas, ajustadas a las características individuales y a las particularidades propias del espectro (da Fonseca & Rosler, 2025; Flujas-Contreras *et al.*, 2023; Rojas-Torres *et al.*, 2023; Danés Henríquez *et al.*, 2024).

Siguiendo las propuestas de da Fonseca y Rosler (2025) y de Flujas-Contreras *et al.* (2023), la intervención realizada combinó componentes psicoeducativos, estrategias

cognitivo-conductuales y técnicas de regulación fisiológica, respondiendo a los desafíos en procesamiento sensorial, rigidez cognitiva, identificación y regulación emocional y tolerancia a la incertidumbre que puede presentar una persona autista (Paula, 2015; Sánchez-Cueva *et al.*, 2022; Celis Alcalá & Ochoa Madrigal, 2022; Recio *et al.*, 2024). Esto parece haber facilitado la adquisición de recursos de afrontamiento ajustados al perfil del participante, lo que podría explicar la favorable evolución observada en las medidas post-intervención.

Además, estos avances pueden relacionarse con la reducción de factores mantenedores ampliamente documentados en casos de autismo, como son la hipervigilancia y la tolerancia a la incertidumbre. Recio *et al.* (2024) señalan que estos procesos cognitivos actúan como mediadores del malestar emocional, y Paula (2015) señala que la hipervigilancia y el intento de sobrecontrolar la realidad funcionan como impulsores del estado ansioso. Por este motivo, estrategias incorporadas en la intervención dirigidas a disminuir estos patrones —como el entrenamiento en flexibilidad cognitiva, la reestructuración de pensamientos disfuncionales y el mindfulness— podrían haber contribuido a interrumpir dichos ciclos de alerta persistente, favoreciendo un estado emocional más adaptativo y reduciendo la sintomatología ansiosa.

Pese a los óptimos resultados, el participante no alcanzó un estado de bienestar emocional completamente adaptativo, lo cual resulta coherente dada la naturaleza tardía tanto del diagnóstico de TEA, como del inicio de su primer programa de intervención psicológica. Además, la presencia inicial de altos niveles de ansiedad y depresión, combinada con la duración limitada del tratamiento, pudo incidir en la consolidación de ciertos cambios clínicos. En este sentido, Sánchez-Cueva *et al.* (2022) y Celis Alcalá y Ochoa Madrigal (2022) argumentaban que ciertos rasgos nucleares del autismo, como la rigidez cognitiva y la sensibilidad frente a la integración de estímulos sensoriales, pueden

mostrar una respuesta más lenta frente a intervenciones centradas en el malestar emocional. Cabe señalar por tanto que, pese a que la intervención produjo mejoras significativas, la modificación de estos rasgos implicaría la necesidad de una intervención temprana y de un programa de mayor duración.

Por otra parte, conviene subrayar ciertas limitaciones metodológicas que podrían influir en la interpretación de los resultados. Tal y como señalan Danés Henríquez *et al.* (2024) y Paula (2015), emplear instrumentos de evaluación basados en población neurotípica puede limitar la sensibilidad de las respuestas frente a las particularidades cognitivas y emocionales propias del TEA, pudiendo subestimar o no detectar ciertas manifestaciones de ansiedad y depresión propias de esta población. Por ello, pese a que los resultados indican una evolución positiva en la comparación pre-post, debe hacerse una interpretación cautelosa, considerando que la utilización de instrumentos no específicos podría haber limitado la detección completa de ciertos síntomas, y que medidas adaptadas al espectro podrían ofrecer una evaluación más precisa para este caso.

Finalmente, la elección del diseño de caso único se muestra consistente con la necesidad de comprender los procesos individuales en un trastorno con tan alta heterogeneidad clínica como el TEA. Como argumentan Flujas-Contreras *et al.* (2023), Danés Henríquez *et al.* (2024) y Recio *et al.* (2024), los estudios centrados en la variabilidad intraindividual permiten identificar particularidades que en estudios grupales podrían pasarse por alto. Siguiendo esta línea, los resultados del presente estudio aportan evidencia relevante a la literatura aplicada sobre intervenciones individualizadas en autistas. Sin embargo, pese a que los cambios observados son relevantes, la persistencia en ciertos rasgos sugiere la conveniencia de prolongar o complementar la intervención, así como la importancia de comenzar de forma temprana este acompañamiento en personas autistas.

Referencias

- Celis Alcalá, G., y Ochoa Madrigal, M. G. (2022). Trastorno del espectro autista (TEA). *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 65(1), 7–20. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.1.02>
- da Fonseca, A. J., & Rosler, J. R. (2025). Effectiveness of cognitive behavioral therapy in reducing anxiety in children with autism. *Interamerican Journal of Health Sciences*, 5, 212. <https://doi.org/10.59471/ijhsc2025212>
- Danés Henríquez, M., Belinchón Carmona, M., y Sotillo Méndez, M. (2024). Proceso de elaboración de un cuestionario de autoinforme sobre problemas clínicos coocurrentes al autismo sin discapacidad intelectual asociada. *Siglo Cero*, 55(3), 93–135. <https://doi.org/10.14201/scero.32093>
- Flujas-Contreras, J. M., Chávez-Askins, M., y Gómez, I. (2023). Efectividad de las intervenciones psicológicas en Trastorno del Espectro Autista: una revisión sistemática de meta-análisis y revisiones sistemáticas. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 10(1), 99-115. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2023.10.1.9>
- Lamborena Ramos, C., Sánchez Fernandez, B., Sánchez Martínez, J., Bote Pérez, V., Medina Blanco, R., Arranz Calderón, M. J., y Hervás Zúñiga, A. (2024). Uniendo las piezas del puzzle: Paciente con Trastorno del Espectro del Autismo con sintomatología afectiva mayor y tics. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 41(1), 17–26. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v41n1a5>
- Lundström, S., Reichenberg, A., Anckarsäter, H., Lichtenstein, P., & Gillberg, C. (2015). Autism phenotype versus registered diagnosis in Swedish children: Prevalence

- trends over 10 years in general population samples. *BMJ*, 350, h1961.
<https://doi.org/10.1136/bmj.h1961>
- Marín Gámez, E. (2024). *Factores de riesgo ambientales, familiares y neurofisiológicos, en el desarrollo de comorbilidades psiquiátricas en niños preescolares con trastorno del espectro autista* [Tesis doctoral, Universidad de Málaga].
<https://orcid.org/0009-0001-3840-7397>
- Palmer, M., Tarver, J., Carter Leno, V., Paris Perez, J., Frayne, M., Slonims, V., Pickles, A., Scott, S., Charman, T., & Simonoff, E. (2022). Parent, teacher and observational reports of emotional and behavioral problems in young autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(1), 296–309.
<https://doi.org/10.1007/s10803-021-05421-x>
- Paula, I. (2015). *La ansiedad en el autismo: Comprenderla y tratarla*. Alianza Editorial.
- Recio, P., Pozo, P., García-López, C., & Sarriá, E. (2024). Autistic sensory traits and psychological distress: Mediating role of worry and intolerance of uncertainty. *Brain Sciences*, 14(10), 1088. <https://doi.org/10.3390/brainsci14111088>
- Romero, M., Marín, E., Guzmán-Parra, J., Navas, P., Aguilar, J. M., Lara, J. P., y Barbancho, M. Á. (2021). Relación entre estrés y malestar psicológico de los padres y problemas emocionales y conductuales en niños preescolares con trastorno del espectro autista. *Anales de Pediatría*, 94(2), 99–106.
<https://doi.org/10.1016/j.anpede.2020.03.014>
- Rojas-Torres, L. P., Alonso-Esteban, Y., y Alcantud-Marín, F. (2023). Mindfulness parenting and childish play: A clinical trial with parents of children with autism spectrum disorders. *Psicothema*, 35(3), 259-270.

- Sánchez-Cueva, M. S., Alcantud Marín, F., y Alonso-Esteban, Y. (2022). Ansiedad y trastornos del espectro del autismo: notas para la intervención psicoeducativa. *Siglo Cero*, 53(4), 9–30. <https://doi.org/10.14201/scero2022534930>
- Stewart, T. M., Martin, K., Fazi, M., Oldridge, J., Piper, A. y Rhodes, S. M. (2022). A systematic review of the rates of depression in autistic children and adolescents without intellectual disability. *Psychology and Psychotherapy*, 95(1), 313-344. <https://doi.org/10.1111/papt.12366>
- Yorke, I., White, P., Weston, A., Rafla, M., Charman, T., & Simonoff, E. (2018). Correction to: The association between emotional and behavioral problems in children with autism spectrum disorder and psychological distress in their parents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48, 3416. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3656-0>